Numéro : 10 CENTIMES — N° 102 — 12 Décembre 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ADMINISTRATION —
ARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
partements. . . . . 7 fr.
. . . . . 10 fr.
ments partent du commencement
de chaque mois.
UE RACINE, Paris

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

XE CRÉMASTÉRIEN ET BULBO-CA-
X DANS LA NEURASTHÉNIE, par le
ITZMAN 669

ANALYSES

: Le typhus des Européens à Pékin, par
ON. 670
Etiologie de la myosite progressive ossifiante
r M. L. PINCUS. — Chirurgie de l'estomac,
SCHONWERTH. 670
e et Gynécologie : Infection intra-utérine
e bacille d'Eberth et le staphylocoque chez le
, par M. DURK. — De l'emploi de l'électricité
que, par M. OGDEN C. SUDLOW. — De l'auto-
par les produits incomplètement oxydés
se de l'éclampsie, par M. MASSEN. 671
es enfants : Les injections prophylactiques
ntérie, par M. LOHR. — La cystite chez les
, par M. FINKELSTEIN. — La cystite du col
fants, par M. J. TRUMPP. 671
et Psychiatrie : Tumeur cérébelleuse
es oculaires ; autopsie, par M. A. OLIVER . 672
que et Matière médicale : Des injections
ses de solutions physiologiques, par MM.
DUJARIER. — Les brûlures, leur traitement
plications, S. POLLAK. — Traitement de la
par les inhalations d'ozone, par M. DOUMER.
late dans le traitement de l'hémoptysie, par
J. MAYS. 672
ie, Opothérapie : Otite moyenne aiguë
ompliquée de mastoïdite, guérie par le sérum
occique, par M. WODON. 672

s expérimentales et étude critique
irurgie du poumon, par MM. QUÉNU et
. . . . . CDXLIV
lance de Vienne. . . . . CDXLV

SOCIÉTÉS SAVANTES

chirurgie : Pathogénie de l'appendicite,
ur la pathogénie des accidents dits appen-
M. BAZY. MM. TUFFIER. QUÉNU. RECLUS. —
hie circulaire dans les cas d'anus contre
JALAGUIER. — Présentations de malades,
ATON, FAURE et BERNIER . . . . . CDXLVI
dicale des Hôpitaux : Recherches sur la
glutinante dans la sérosité pleurale des typhi-
ques, MM. WIDAL et SICARD. — De l'action dissociée de la digitale dans l'asystolie, M. MERKLEN. M. HAYEM. — Parotidite saturnine, M. ACHARD. MM. CHAUFFARD, MERKLEN, COMBY. — Infection sarcomateuse améliorée par le naphtol camphré, M. FERNET. M. RENDU. — Ectopie cardiaque, M. FERNET. — Fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés, M. MARIE. — Séro-diagnostic dans les rechute de la fièvre typhoïde, M. THOINOT . . . . . CDXLVII
Société anatomique : Fibro-myome utérin télangiectasique, M. MERMET. — Fibrome utérin. Torsion du pédicule, M. DELAUNAY. — Hémorragie cérébrale, M. BONNUS. — Syndrome de Weber, M. BONNUS. — Modification de la forme des os, M. REGNAULT — Infection généralisée à staphylocoques, M. DUFOUR. — Kyste dermoïde de l'ovaire, M. HERBET. — Dilatation bronchique, MM. HERBET et L. GUILLEMOT. — Epithélioma primitif de la vésicule biliaire, MM. ARCHAMBAUD et WEINBERG. — Tuberculose des gaines synoviales, M. LABBÉ. — Squirrhe à noyaux disséminés intra-mammaires, M. VANVERTS. CDXLVIII
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Les tuberculides, M. DARIER. MM. GASTOU et EMERY, FOURNIER. — Kéloïde et teinture d'iode, M. FEULARD. M. BESNIER. — Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique. MM. FOURNIER et SAUVINEAU. — Gomme ulcérée de l'oreille, M. HERMET. — Stigmates de l'hérédo-syphilis, MM. GASTON GOSSELIN et CHOMPRET. M. FOURNIER. — Syphilis tertiaire, M. RÉNON. — Sur des nodules intradermiques à caractères cliniques spéciaux rencontrés dans le mycosis fongoïde, M. WICKHAM. — Deuxième note sur l'affection dite folliclis, MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU. — Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salycilate de mercure, MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU. — Dermatite herpétiforme et pemphigus, MM. H. HALLOPEAU et LAFFITTE. — Syphilis acquise chez un hérédo-syphilitique, M. LE PILEUR. M. FOURNIER . . . . . CDXLVIII
Société obstétricale et gynécologique : Des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorrhagies post-partum, M. OLLIVIER. MM. BUDIN, CHARPENTIER, PICHEVIN, MAYGRIER. — Présentation d'instruments. Ballon dilatateur de M. Lucas, M. LUCAS. MM. MAYGRIER, BUDIN. — Curette géante de M. Nitot, M. NITOT. MM. BUDIN, CHARPENTIER. — Présentation de pièce, M. DUJON . . . . . CDXLIX

APENTA

L'eau d'*Apenta*, expérimentée dans tous les hôpitaux de l'Europe, est aujourd'hui considérée comme l'eau purgative la meilleure et la plus stable. Voici quelques citations qui le prouvent :

Nulle autre eau laxative n'est plus forte et plus favorablement constituée. (Prof. LIÉBERMANN.)

Constitue un excellent laxatif pour l'usage ordinaire. (*Gazette des Hôpitaux.*)

La constance de sa composition la rend précieuse pour un traitement systématique. (Prof. OSCAR LIÉBREICH.)

Particulièrement indiquée chez les obèses et les goutteux. (*Progrès Médical.*)

C'est la meilleure eau qu'on puisse proposer pour le traitement de la constipation habituelle. (*Journal de Médecine de Paris.*)

Son action douce et efficace la rend précieuse dans le traitement des maladies des femmes. (*The Practitioner*, de Londres.)

La présence de la lithine dans l'eau d'*Apenta* explique son action préventive et curative contre la goutte. (Dr ALTHAUS.)

La constance de l'eau d'*Apenta* en rend l'usage indiqué, non seulement comme purgatif, mais pour les traitements systématiques et prolongés. (*Répertoire de Thérapeutique.*)

HOPITAUX

Concours de l'Internat.

ANATOMIE.

9 Décembre. — MM. Baup, 7. — Audard, 8. — Roglet, 9. — Bellin, 9. — Laubry, 10. — Godineau, 11. — Le Roy des Barres, 11. — Maréchal, 13.

La liste des candidats admis à la deuxième épreuve, indiquant la date de la première séance, sera affichée le samedi 12 Décembre, à l'Administration générale de l'assistance publique.

Concours de l'Externat.

ANATOMIE.

10 Décembre. — NERF RADIAL. — MM. Kermetchief, 10. — De Rotschild, 11. — Borizanquet, 11. — Bellin, 11. — De Gorsse, 11 1/2. — Brun, 12. — Gennet, 13. — Daniel, 13. — Bertrand, 13 1/2. — Compoint, 13 1/2. — Ferrand, 14. — Lacaille, 16. — Lamouroux, 17. — Bonnel, 17. — Labbé, 18. — Wesill (E.), 18.

Prochaine séance, anatomie, *samedi 12 Décembre*, à 4 h. 30.

PATHOLOGIE (Vétérans).

9 Décembre (matin). — DE LA DÉLIVRANCE ET DE SES AFFECTIONS. — MM. Pedefrade, 19. — Nicaise, 18. — Rousseau, 18. — Raoux, 18. — Le Meignen, 17. — Roglet, 16. — Morely, 16. — Le Maguet, 16. — Mousseaux, 16. — Lejonne, 16. — Weil (Emile), 16. — Lehman, 15. — Petit, 15. — Malartic, 15. — Loubet, 15. — Spindler, 14. — Nicolaïdi, 14. — Gauchery, 14. — Lucius, 13. — Milhiet, 13.

9 Décembre (soir). — ETANT DONNÉ UN GENOU AUGMENTÉ DE VOLUME, DISCUTER LE DIAGNOSTIC POSSIBLE. — MM. Guisez, 16. — Verdin, 16. — Michel Dulong, 16. — Tourlet, 16. — Tixier, 16 1/2. — Sikora, 17. — Stanenléanu, 17. — Mignon, 17. — Lenglet, 18. — Tintrelin, 18. — Tournemelle, 18.

HY-CÉLESTINS
hosphate de chaux Freyssinge.
UES — *Guérit l'Estomac.*
R IODO-TANNIQUE NALINE
MELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
E BUGEAUD. Quina et Cacao.
ES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)
R ROBERT — Glycérophosphate (Anémie)
Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Rétablit les forces
même même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et Phies.
PTONE CATILLON, toni-nutritif, digestif.

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
COTON IODE DU Dr MÉHU
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
VIN MOISAN COCA & KOLA
LE MÊME SALICYLÉ
Contre Ferm. intestin., Diarrhées, Sueurs nocturnes des Phtisiques.
Le préférer au Todd et à la Potion cordiale dans tous les cas.
Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.
BIARRITZ THERMES SALINS — Sources chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, à 24° de salure. Lymphatisme, Tuberculose ganglionnaire et osseuse. Rachitisme. Mal. de l'enfance et de la femme.
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
HAMAMELIDINE LOGEAIS : Varices, Hémorrhoïdes.

PHOTO-GAZETTE, *Revue internationale illustrée de la photographie et des sciences et arts qui s'y rattachent.* Journal absolument indépendant. *Rédacteur en chef :* G. MARESCHAL. Paraît par fascicules mensuels de 20 pages in-8° jésus, avec une illustration hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris et Départements. 7 fr.; Etranger, 8 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

11 Décembre. — Renseignements fournis par le toucher rectal. — MM. Slatineau, 17. — St-Cène, 18 1/2. — Sauvage, 19. — Retournard, 17. — Nass, 18 1/2. — Lœwy, 19. — Leraître, 17. — Mulon, 17 1/2. — Métivier, 17 1/2. — Marchais, 17. — Logerot, 17 1/2. — Tardif, 17. — O'Followell, 17 1/2. — Pochon, 18.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin reprendra le lundi 14 Décembre à 10 heures, ses leçons de clinique thérapeutique, et les continuera les lundis suivants. Il traitera *du traitement des pyélites*, puis des *médications de la tuberculose*.

Les autres jours de la semaine des leçons seront faites par MM. Bardet, Baudouin, Leredde, Londe, Michel et Kuss, à 10 heures. M. Bardet traitera le mercredi de l'*hygiène culinaire*. Les autres leçons traiteront de divers sujets de pathologie interne.

NOUVELLES

Société de chirurgie de Paris. — *Ordre du jour de la séance du 16 Décembre 1896.*

Discussion : Pathogénie de l'appendicite.

Rapport : Sur un cas de luxation de l'extrémité supérieure du radius (M. Chevassus), par M. Schwartz.

Communications: Sur un cas d'entéropexie, par M. Villemin. — Sur un cas d'arthrite purulente, par M. Jullien.

Société médico-chirurgicale. — *Séance du lundi 14 Décembre 1896* : M. Bourdel, sur un cas de maladie de Landry. Communications diverses.

LE PROFESSEUR STRAUS

Le professeur I. Straus est mort subitement, enlevé par un accès d'angine de poitrine.

Né à Damback (Bas-Rhin) en 1845, il commença ses études à l'ancienne Faculté de Strasbourg et fut de ces Alsaciens patriotes qui n'hésitèrent pas à abandonner leur pays d'origine après nos désastres de 1870.

A Paris, ses hautes qualités scientifiques ne tardèrent pas à être justement appréciées par ses nouveaux maîtres, comme elles l'étaient déjà par ceux qui avaient dirigé ses premières études.

Béhier l'adopta pour en faire son chef de clinique en 1874.

En 1876 médecin des hôpitaux, il devint agrégé en 1878 et professeur dix ans plus tard. L'Académie lui ouvrait ses portes en 1893.

Ses travaux commencent avec sa thèse inaugurale sur la *Dégénérescence graisseuse des muscles* (1868). En 1869, nommé agrégé à Strasbourg, il publie une étude sur la « *Chirurgie et les accouchements* ».

En 1870, il fait, en collaboration avec Mathias Duval, un remarquable Mémoire sur l'*Inflammation*.

Nous ne ferons que mentionner ses deux thèses d'agrégation sur les *contractures* et les *ictères chroniques*, ainsi que ses nombreux articles de la *Revue de médecine* et du *Dictionnaire* de Jaccoud, pour en arriver à ses œuvres maîtresses. Celles-ci datent de l'époque où il vint se ranger aux côtés de Pasteur.

En 1882 paraît son travail, en collaboration avec Chamberland, sur la « *Transmission des maladies virulentes au fœtus* », dans lequel il démontre et explique le passage de la bactérie du charbon symptomatique et l'arrêt de la bactéridie charbonneuse.

En 1883, son rapport sur le *choléra d'Egypte*.

En 1887, son Mémoire sur le *charbon des animaux et de l'homme*.

En 1888, l'*Analyse bactériologique de l'air*, avec Wurtz et ses *Recherches microbiques sur l'utérus*, avec Sanchez Toledo.

C'est en cette même année qu'il eut l'honneur périlleux d'être appelé à succéder à Vulpian, dans la chaire de Pathologie expérimentale. Entraîné par ses études antérieures et par le mouvement pastorien, Straus contribua largement à l'orientation nouvelle que prenait dès lors la science médicale.

Il nous est impossible d'entrer dans l'étude critique de ses nombreux travaux, publiés surtout dans les *Archives de Médecine expérimentale*, dont il était devenu l'un des directeurs les plus autorisés.

Qu'il suffise de dire que chacun de ses Mémoires porte l'empreinte d'une haute personnalité, en même temps que d'un esprit critique des plus sûrs, en quelque sorte synthétisés dans son beau livre, *La tuberculose et son bacille*.

L'énumération, tout incomplète qu'elle soit, que nous venons de faire, montre le vide que laisse, non seulement à la Faculté de médecine de Paris, mais encore dans la science française, la mort du travailleur aussi patient que tenace et judicieux que fut Straus.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES
ET ÉTUDE CRITIQUE
SUR LA CHIRURGIE DU POUMON [1]

Par MM. **QUÉNU** et **LONGUET**

La plupart des chirurgiens, qui ont eu à exécuter des opérations sur la cage thoracique ou sur le poumon, se sont préoccupés, à juste titre, d'une complication dont l'étude a déjà prêté à discussion dans cette enceinte, l'an dernier : nous voulons parler du pneumothorax. Quelques dissidences se sont produites : une minorité a voulu réagir contre des craintes considérées comme fort exagérées; Kœnig, en Allemagne, en faisait, tout dernièrement, la déclaration devant la Société de médecine berlinoise.

Ici même, Bazy émettait cette opinion « qu'il n'y a pas à se préoccuper du défaut d'adhérences »; si l'on agit avec précaution, disait-il, on peut faire une incision à la plèvre et l'explorer sans danger. M. Ricard se rangeait aussi parmi ceux qui pratiquaient la pleurotomie exploratrice franche, et qui, la résection costale effectuée, incisent hardiment le feuillet externe de la séreuse pleurale. Les faits opératoires et les faits expérimentaux donnent raison à ceux qui, comme nous, considèrent comme non négligeable la pénétration large de l'air et le collapsus du poumon qui s'ensuit.

Parmi les faits opératoires, il convient évidemment d'éliminer toutes les opérations faites pour empyème : en de telles circonstances, le malade est depuis quelque temps porteur d'un poumon dont la valeur fonctionnelle est notablement restreinte, et sa respiration s'est accommodée progressivement à des conditions normales. Il en est à peu près de même de toutes les opérations de chirurgie pulmonaire exécutées sur des poumons rigides, scléreux, depuis longtemps en état d'incapacité physiologique. Seuls doivent être pris en considération les faits de plèvre intacte et d'un poumon qui n'est altéré qu'en un point *central*. On a cité, il est vrai, des exemples paraissant prouver qu'en l'absence de toute symphyse pleurale, la brusque entrée de l'air n'avait aucune suite fâcheuse : tel est le cas cité par M. Bazy, tel celui de M. Périer et quatre ou cinq autres encore. Il nous est arrivé à nous-même de faire à la plèvre pariétale, en opérant un carcinome du sein propagé aux muscles intercostaux, une ouverture large comme une pièce de un franc : la pénétration de l'air fut facilement limitée et le trou bouché par un simple tampon de gaze iodoformée. Il ne faut pas conclure de ces quelques faits à l'innocuité du pneumothorax : la manière dont s'accomplit la respiration, le siège de l'intervention, l'existence de quelques tractus empêchant une rétraction totale, voilà autant de facteurs susceptibles de modifier le pronostic de l'ouverture pleurale.

Dès 1885, Truc [2] relevait, sur trois observations où les adhérences manquaient, un cas d'opération inachevée, et un cas de mort. Rudolphe Œhler, opérant une gangrène pulmonaire, constata l'absence d'adhérences, d'où pneumothorax. Il fallut en rester là, tant le malade inspirait de vives inquiétudes; la suite de l'opération fut reportée à un mois plus tard.

Tout récemment, Tuffier [3] opérant un kyste hydatique, nous dit : « J'ouvre la plèvre, je fends la séreuse largement, la respiration devient anxieuse, le pouls rapide ». Nous avons personnellement fait des observations analogues chez un malade auquel nous avons ouvert un abcès du poumon, dont nous avons dit quelques mots l'an dernier, et qui est actuellement complètement guéri.

Si nous ouvrons le chapitre des pleurotomies faites pour les ablations de tumeurs du thorax, la fréquence des accidents est non moins manifeste. Leisrinck [4] perd son malade et tente, sans succès, une faradisation du phrénique. Fischer et Kolaczech [5], Weinlechner [6] Maas, Rietze, Vautrin [7], Witzel [8] observent des accidents asphyxiques graves à l'ouverture de la plèvre et, très certainement, à l'entrée brusque de l'air dans la plèvre. Nous avons vérifié la réalité de ces accidents chez un malade auquel nous avons, en 1894, extirpé un énorme chondrome des côtes étendu à la plèvre pariétale. Fait plus singulier, Kœnig [9], qui considère le pneumothorax comme négligeable, perdit lui-même un malade de cette complication.

Nous reconnaissons que, dans bon nombre d'opérations sur le poumon, le pneumothorax n'a pas gêné beaucoup le chirurgien, mais il s'agissait d'opérations faites tardivement, à l'heure où les plèvres étaient reliées l'une à l'autre par de larges adhérences. La chirurgie pulmonaire est destinée à un autre avenir et M. Terrier récemment, « les opérations se feront de plus en en se multipliant, elles se feront plus précoces

Des faits expérimentaux viennent de tous l'appui des conclusions précédentes. Biondi [1] o chiens et en perd quatre au moment de l'interv dans les quelques heures qui suivirent, sans au apparente que la dyspnée ou l'apnée.

Dans 15 de nos cas expérimentaux où la ouverte largement, nous avons constamment une dyspnée intense : douze chiens mouru phyxie, soit sur la table d'opération, 4 ou 5 min l'ouverture de la cavité pleurale, soit peu de tem sans que la chloroformisation ait pu être incrim quelques chiens, cette ouverture est particu grave, beaucoup plus grave que chez l'hom croyons en avoir trouvé la raison.

Il est bon de se rappeler que la base du péri chez le chien, libre, sans connexions avec le ce nique; à ce niveau, entre l'appendice xiphoïde, d et la veine cave inférieure intra-thoracique d'a les plèvres gauche et droite s'accolent; or, ne rencontré, dans quelques cas, une dispositiou à celle que l'un de nous a précisée chez les so savoir, un état cribriforme des plèvres accolée suite, une communication plus ou moins fa les cavités pleurales. Lorsque la mort ne surv la dyspnée est intense. Dès que la plèvre est o nombre des respirations s'élève à 60 et à 75 pa nous avons remarqué que cette respiration re peu de calme lorsqu'on obstrue la brèche ple avec une compresse, soit avec un lambeau mu tané, comme si l'arrivée brusque de l'air cont face du poumon était la cause d'un réflexe se t par un paroxysme dyspnéique; ces observat rapprochables des accidents qu'on a notés à d'injections d'air faites par erreur dans la ca rale au cours d'un empyème.

Nos propres observations, l'analyse des obs publiées, les expériences sur les chiens nous c à des conclusions identiques : lorsque les a totales ou partielles manquent, la large ouvert cavité pleurale est un fait, aucunement négligea la gravité peut devenir considérable.

* * *

Ces considérations nous conduisirent, con avaient conduit d'autres chirurgiens, à reche n'était pas possible de provoquer dans une préliminaire une formation d'adhérences pleuro donnant toute sécurité à l'opérateur; c'est là essentiel de nos recherches expérimentales et les r précédentes n'en sont que le prologue.

Nous ne voulons pas insister sur l'historique question des adhérences provoquées, il sera p au long dans la *Revue de chirurgie*; nous nou à retenir les noms de Quincke, de Godlee, leben, de de Cérenville, d'Israël, de Laache, de de Delarue, etc.

Jusqu'ici, la symphyse pleurale a été recherch de trois procédés :

1° A l'aide d'irritants ou de caustiques;

2° A l'aide de l'acupuncture ou de trocarts lai meure (Godlee, Bardeleben).

3° A l'aide de sutures faites, tantôt avant l de la plèvre (de Cérenville, Roux, Quénu, Laac secondairement après l'ouverture de la plè génière). Nous mettons à part les fermetures se faites dans les cas de kystes hydatiques, p Poirier, Segond, Maunoury et nous-mêmes. Ce en effet, la plèvre pariétale et la plèvre viscéra été suturées ensemble, mais bien la plèvre p l'enveloppe conjonctive périkystique, la mem condensation qui entoure la poche, c'est-à-dire d'une structure et d'une consistance absolum rentes de celles de la plèvre saine.

Arrivons maintenant à nos expériences. C riences, commencées au mois de Mai, et encor vées, sont au nombre de 60; elles ont été pra l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, de p sur des chiens de forte taille. Tous les animau anesthésiés par le chloroforme, après injection dans la peau d'un centigramme de morphine.

Ces expériences ont été conduites avec la plu leuse asepsie, point capital sur lequel nous rev Voici la liste et les résultats des méthodes ex tées.

Fixation du poumon par les irritants sim Cette méthode comporte trois procédés :

a) Les corps étrangers aseptiques ou antisepti sés à demeure à la surface de la plèvre par Des mèches de gaze iodoformée sont appliqué la plèvre pariétale, après résection de quelq ments des côtes, puis laissées à demeure. Tro furent traités ainsi; après trois semaines, il aucune adhérence.

b) L'ignipuncture des plèvres. — Des aiguille enfoncées dans le poumon, dans le but de pro eschares suivies d'adhérences. Quelques temp nous constatâmes des nodules cicatriciels à la s poumon, mais aucune adhérence.

1. Communication faite à la Société de chirurgie le 9 Décembre 1896.

2. Truc. — *Thèse*, Lyon, 1885.

3. Tuffier. — *Congrès français de chirurgie*, 1896.

4. Leisrinck. — *Arch. f. klin. Chir.* 1881.

5. Fischer et Kolaczeck. — *Arch. f. klin, Chir.* 1879.

6. Weinlechner. — *Wiener med. Woch.* 1882.

7. Vautrin. — *Congrès de Lyon*, 1895.

8. Witzel. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1890.

9. Koenig. — *Société de médecine de Berlin*. Séance du 29 Janvier 1896.

1. Biondi. — *Giorno int. dell. Sc. Med.*, 1882.

cupuncture. — M. Godlee y eut recours dans un angrène pulmonaire, en 1884. Ce fut un insuccès. le nos chiens conservèrent pendant six à huit les aiguilles longues et fines, introduites jusque poumon. Échec complet. L'acupuncture asep- nos aiguilles étant aseptisées préalablement et la ffisamment désinfectée — ne détermina pas la e trace d'adhérence.

ion du poumon par les irritants chimiques. — *ctrolyse.* — Ce procédé personnel nous avait ip séduit par sa simplicité. Une couronne d'ai- métalliques stérilisées était plantée dans le , suivant le cercle où l'on se proposait de fer- plèvre. Ces aiguilles étaient réunies en deux x par deux fils métalliques, dont l'un était mis munication avec le pôle positif, l'autre avec le gatif d'une pile de Gaiffe. Durée des séances : inze minutes. Nombre des séances, une chaque ndant quinze jours. Intensité du courant : 15 à ampères. Nous pensions obtenir des eschares u pôle positif, molles au pôle négatif, eschares lonner lieu à des adhérences. En sacrifiant nos , au nombre de quatre, nous constatâmes l'ab- adhérences; à peine quelques nodosités à la sur- poumon.

caustiques : c'est la méthode de Récamier, em- ici par Quincke qui se sert de chlorure de oliqué pendant 4 ou 5 séances opératoires préli- , et renouvelé tous les jours qui séparent ces ns. Ce procédé pèche par la multiplicité des opératoires, par les douleurs qu'il détermine patient, par l'infection qu'il provoque avant on principale, la pneumotomie. D'ailleurs, les ré- ont marqués par une notable proportion de médiates. Il reste à se demander si le but visé, des adhérences, est obtenu. Pour nous éclairer oint, nous avons expérimenté le nitrate d'ar- chlorure de zinc, la potasse caustique, soit sous crayons, soit sous forme de solutions concen- es titres divers. Ces substances furent déposées ace de la plèvre pariétale. Nos résultats portent iens et sont les suivants : perforations multi- plèvres; eschares à la surface des plèvres; pleu- euse, 5 cas; pleurésie hémorrhagique, 1 cas; purulente dans 2 cas où la plaie s'infecta secon- t, et, *dans ces deux seuls cas, adhérences.* Pour résultat nul. D'où nous concluons que ce pro- être proscrit comme inefficace, surtout comme reux.

n du poumon par les agglutinatifs. — Nous ployé, sans succès, la glue, la gélatine, la colle cire à cacheter, pour souder les feuillets pleu-

n du poumon par les moyens mécaniques. *harponnage* sous-cutané du poumon. Des ue nous avons fait construire étaient destinés ir le poumon contre la paroi. Aucun résultat. *nbrochage* sous-cutané du poumon, avec l'ai- Emmet et du fil d'argent, ne produisit que fausses membranes le long du fil, lorsqu'il par son passage à travers la peau, malgré la ion préalable de cette dernière.

n du poumon par des procédés qu'on pour- ler chirurgicaux. — *a) La suture pleuro-pleu- itive,* c'est-à-dire faite avant l'ouverture de la urale. Nous laissons de côté les sutures pneumo- ues destinées à l'occlusion des fistules de pyo- horax. Nous laissons aussi de côté les sutures ir kystes hydatiques du poumon et qui consis- la suture de la plèvre pariétale, non à la plè- rale, mais à la membrane périkystique, vérita- upialisation. Cette suture a été faite par De e, puis par Roux, principalement, qui, en 1891, i même son procédé de suture pleurale, en sur- ière-point. M. Péan dit avoir suturé les plèvres Cette idée de la fermeture par sutures a été par Poulet en 1886, par Vautrin en 1891, tentée ès par nous-même dans notre cas d'abcès n relaté précédemment. M. Péan ne donnant nseignement sur son cas, restent seuls les de De Cérenville et de Roux. Or, précisément, analyse ces observations, on relève que, dans faits, les plèvres offraient des adhérences. Si dère les cas que nous étudions, c'est-à-dire les ers morbides *centraux* du poumon avec inté- plèvres, on arrivera sans aucun doute à con- ec nous : que, dans ces conditions, la suture eurale est absolument impossible. Quelle que esse du fil et de l'aiguille, on ne parvient qu'à des trous et des hiatus par où l'air s'engouffre dans pleurale. Nous n'en sommes plus à compter le e fois où nous avons expérimenté cette suture cas de plèvres saines; nous sommes certains 'est possible qu'avec des feuillets pleuraux t sclérosés. C'est donc un procédé sur lequel as permis de compter si l'on soupçonne l'ab- dhérences spontanées.

suture pleuro-pleurale secondaire. — Laache, Delagenière, Quénu, Tuffier ont ainsi ramené rement à la paroi, pour l'y fixer, le poumon déjà Or cette suture, possible et assez bonne lorsque n est sclérosé, est de valeur à peu près nulle lorsque les feuillets pleuraux sont intacts. Il faut accrocher le poumon rétracté contre le rachis, pour l'adosser à la brèche pleurale pariétale. Mais ces tractions ne ramènent pas en bloc toute la surface de l'organe. Ce que l'on attire, ce n'est pas une surface du poumon, mais un point qui s'effile en cône. Lorsqu'on a ainsi étiré une couronne de ces cônes, et qu'on les a suturés à la plèvre pariétale, il persiste une foule de pertuis par où s'insinue l'air et où filtreront des liquides infectieux venus du poumon. C'est dire que nous n'accordons aucune valeur à la suture secondaire. Expérimentalement, elle ne nous a donné absolument rien de bon.

Fixation du poumon par un procédé personnel. — Malgré nos échecs nombreux, nous considérons que la fixation première du poumon est absolument indiquée à plusieurs titres : 1° parce qu'elle rend l'organe immédiatement accessible; 2° parce qu'elle conserve les rapports topographiques du foyer morbide avec la paroi thoracique, ce qui permet plus facilement sa découverte, point d'une certaine importance, puisque, dans un cas, Krecke ne parvint pas à trouver son foyer parce que, le poumon étant tombé en collapsus, tous les rapports étaient bouleversés; 3° parce que la fixation du poumon ferme la cavité pleurale et la préserve contre l'*infection* d'origine pulmonaire, presque forcée, lorsque le foyer central est incisé. Il faut fermer la cavité pleurale si l'on ne veut s'exposer à une infection pleurale secondaire.

Pour cela, nous avons songé à rendre possible la suture en agissant sur chaque feuillet pleural *muni de ses doublures*, doublures qui sont, pour le feuillet pariétal, les muscles intercostaux, pour le feuillet viscéral, une certaine partie de parenchyme pulmonaire. C'est après les côtes elles-mêmes que nous fixons l'organe ; l'opération peut donc s'appeler *costo-pneumopexie.* Elle nécessite une aiguille un peu spéciale, et la fixation du poumon est obtenue *constamment*, sans faire à la plèvre aucune blessure, sans créer de déchirures par où l'air s'infiltre dans la cavité pleurale pendant cette fixation préliminaire. La technique exacte en sera donnée dans la *Revue de Chirurgie.* Nous n'insisterons que sur un point, c'est que les fils eux-mêmes, si multiples qu'ils soient, ne provoquent jamais d'adhérences que s'ils sont infectés, comme cela nous est arrivé dans un cas sur douze, l'animal ayant léché sans cesse sa plaie qu'il a fini par inoculer.

* * *

Conclusions. — Nos conclusions seront les suivantes :

Il n'existe qu'un seul moyen de provoquer des adhérences pleurales, c'est d'infecter la plèvre. Les adhérences sont le fait d'une *infection atténuée.* Nos faits expérimentaux le prouvent jusqu'à l'évidence, et nous avons l'intention d'étendre cette conclusion à toutes les symphyses séreuses en général.

Désespérant d'obtenir un résultat par cette voie des adhérences provoquées, nous avons réfléchi que la condition essentielle pour réussir l'opération pulmonaire ou intrapleurale (étant donnée l'absence supposée d'adhérences préalables) était de maintenir une différence de pression entre l'air intra-alvéolaire et l'air ambiant, le pneumothorax ayant précisément pour effet d'uniformiser la tension intra et extra-thoracique.

Deux moyens se présentaient à l'esprit : diminuer la pression extra-thoracique, la tension pulmonaire restant la même (il eût fallu que le chirurgien opérât dans un vide relatif) ou augmenter la pression intrabronchique. C'est à ce dernier terme que nous nous sommes arrêtés : désirant obtenir une *augmentation de la pression intra-bronchique* qui applique constamment, pendant l'acte opératoire, la séreuse du poumon contre la fenêtre appliquée à la cage thoracique.

MM. Tuffier et Hallion ont expérimenté un procédé de tubage avec respiration artificielle.

Nous avons, de notre côté, songé à ligaturer préalablement la trachée sur un tube en communication avec un réservoir d'air comprimé.

Enfin, nous avons expérimenté un procédé qui consiste à faire respirer à l'animal un milieu d'air comprimé, en emprisonnant la partie supérieure du corps dans un appareil analogue à celui des scaphandriers, mais laissant de côté le thorax à découvert. Nous avons exposé à la Société de Biologie (séance du 5 Décembre 1895) le dispositif primitif dont nous nous sommes servis. Malgré ses imperfections, il nous a suffi pour nous montrer quel immense avantage on peut avoir à maintenir la surface pulmonaire contre la paroi thoracique, quelle facilité remarquable l'on a d'explorer l'organe, enfin la tendance qu'offre le poumon à s'hémostasier lui-même dans sa portion herniée.

Donc, nous pensons que c'est, soit vers le tubage et la respiration artificielle, soit vers la trachéotomie avec mise en communication de la trachée avec un réservoir d'air comprimé, soit vers un appareil permettant au malade de respirer uniquement dans l'air comprimé, comme nous l'avons fait, qu'il faut actuellement diriger toute notre attention. L'avenir nous montrera laquelle de ces trois techniques est la meilleure.

CORRESPONDANCE DE VIENNE

Vienne, le 6 Décembre 1896.

Au cours de la séance tenue le 30 Novembre, à la *Société de médecine de Vienne*, M. E. Lang a rapporté l'histoire clinique d'un individu atteint de priapisme depuis plus de vingt-trois ans. Cette curieuse observation peut être considérée, à juste titre, comme un fait unique dans les annales de la science.

Il s'agit d'un homme âgé de quarante ans, ayant toujours joui d'une très bonne santé, si l'on excepte toutefois, l'infirmité dont il est actuellement affligé. Cet individu n'a jamais fait de maladie sérieuse, et il affirme énergiquement ne s'être jamais masturbé. Il s'est livré pour la première fois au coït à l'âge de dix-huit ans; depuis cette époque, il a continué à avoir des rapprochements sexuels, mais n'a jamais abusé des plaisirs vénériens. Toutefois, un point sur lequel il importe d'attirer l'attention, c'est que cet homme était sujet, dans sa jeunesse, à des pertes séminales qui se répétaient à des intervalles assez fréquents, mais qui, dans ces derniers temps, avaient fini par cesser complètement. Ajoutons, enfin, que notre malade vit maritalement avec une femme qui l'a rendu père d'un enfant.

Depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à l'âge de vingt-trois ans, cet homme a d'abord exercé la profession de marinier, puis celle de cocher au service de la Compagnie des tramways de Vienne. On peut se demander si le fait de la position assise prolongée sur le siège n'a pas joué un certain rôle dans le développement du priapisme dont il est actuellement affligé; mais, d'autre part, ce qui prête bien peu de vraisemblance à cette imputation, c'est que l'infirmité en question s'est manifestée chez notre malade avant qu'il eût atteint sa dix-huitième année, à une époque où il avait bien rarement l'occasion de monter à cheval, et qu'elle a persisté sans avoir été aucunement influencée par les diverses professions que cet homme a exercées depuis cette époque.

En fait d'affections vénériennes, il convient de signaler deux atteintes d'uréthrite, dont la dernière remonte à quelques années; elle fut soignée dans la clinique de M. Lang : à ce moment-là, les phénomènes de priapisme existaient déjà, et avaient attiré l'attention des médecins qui le traitaient.

L'état du malade est actuellement le suivant : les différents viscères de l'économie sont sains; exagération légère des réflexes rotuliens des deux côtés; atténuation du réflexe conjonctival, et abolition complète du réflexe pharyngien; léger tremblement des doigts, ce qui ne doit pas surprendre, attendu que le malade est un alcoolique : il boit tous les jours deux ou trois litres de bière et près d'un litre de vin.

On ne découvre, chez lui, aucun phénomène morbide capable de mettre sur la voie d'une affection de l'axe cérébro-spinal : pas le moindre trouble moteur; la démarche elle-même paraît absolument normale.

Du côté des organes génitaux, l'examen le plus minutieux ne parvient à déceler aucune lésion appréciable, les corps caverneux de la verge n'ont jamais été le siège d'aucune violence, d'aucun traumatisme, d'aucune hémorrhagie : le malade ne se souvient d'absolument rien de semblable.

L'examen du sang n'amena la découverte d'aucune modification pathologique de ce liquide, et ce résultat avait suffi pour exclure la possibilité d'un priapisme d'origine leucémique. Les corps caverneux n'étaient le siège d'aucune lésion inflammatoire, pas plus ancienne que récente. Dans les urines, rien d'anormal à signaler.

Du côté du pénis, on note les phénomènes suivants : l'organe se trouve dans un état de turgescence moyenne; mais, fait important à signaler, cette turgescence n'intéresse que les corps caverneux, tandis que la portion spongieuse de l'urèthre ne prend aucune part à l'érection; quant aux corps caverneux, ils sont tous les deux tuméfiés dans toute leur étendue jusqu'au niveau de leur insertion pubienne.

M. Lang est d'avis que cet individu est purement et simplement un névropathe et que le priapisme qu'il présente constitue un des symptômes de la névrose dont il est atteint. Il est, d'ailleurs, probable que l'éthylisme, dont ce malade offre les stigmates (tremblement des doigts, etc.), a dû jouer un certain rôle dans le développement de cette affection.

D'une autre part, en tenant compte de ces deux

faits importants : 1° que seuls les corps caverneux interviennent pour produire la turgescence de l'organe, sans participation aucune de la portion spongieuse de l'urèthre ; 2° que le priapisme est généralement considéré comme le résultat d'un phénomène réflexe, on peut en tirer cette double conclusion, à savoir, que les corps caverneux se trouvent sous l'influence d'un centre érecteur propre et que ce centre réflexe doit être considéré comme parfaitement distinct de celui auquel obéit l'innervation du corps spongieux de l'urèthre.

* * *

M. Hofmokl vient de publier une curieuse observation relative à un individu présentant une difformité congénitale de l'urèthre antérieur.

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-huit ans, d'une intelligence assez bornée, et qui aurait toujours joui d'une bonne santé habituelle; il affirme même n'avoir jamais eu d'affection vénérienne ; l'état de ses organes génitaux externes semble, d'ailleurs, ne l'avoir jamais préoccupé outre mesure, car la maladie pour laquelle il est venu consulter serait, à ses yeux, tout à fait récente ; il soutient que son gland n'a pas toujours été divisé en deux portions et qu'il a toujours pu faire glisser son prépuce, de façon à découvrir l'extrémité de sa verge.

Cet homme a été marié deux fois et se trouve être actuellement père de huit enfants ; il a toujours pu pratiquer le coït sans la moindre difficulté ; enfin, le dernier rapprochement sexuel remontait à une quinzaine de jours environ.

Depuis huit jours seulement, la miction s'effectue avec beaucoup de peine, la vessie se vide mal, la partie antérieure de la verge est devenue le siège de douleurs intolérables. Tous ces troubles s'étant manifestés d'une manière soudaine, ont déterminé ce malade à se présenter à la consultation de l'hôpital.

En examinant ce malade, on constate l'existence d'un phimosis très prononcé; en effet, le prépuce forme, en avant du gland, une sorte de poche dans laquelle s'accumule constamment un liquide purulent d'un jaune grisâtre; le gland se trouve ainsi complètement caché, mais, en le palpant à travers le prépuce, on sent sous le doigt, de chaque côté de l'organe, une sorte de saillie ou de crête indurée.

Les urines sont un peu troubles, mais elles ne renferment ni albumine, ni éléments figurés.

La présence de cette suppuration éveillant l'idée d'un néoplasme, le chirurgien se décida à pratiquer une incision dorsale intéressant le prépuce. Après avoir mis le gland à découvert, on constata la présence d'un sillon transversal profond qui coupait l'organe en deux moitiés inégales : une supérieure, volumineuse, une autre inférieure, plus petite. Au fond de ce sillon, on découvrait le méat urinaire qui affectait la forme d'une gouttière profondément creusée dans l'épaisseur de la partie supérieure de ce gland bifide.

L'autre moitié du gland affectait l'aspect d'une mince couche de tissu spongieux complètement soudé au prépuce sous-jacent; on y voyait aussi une sorte de dépression en cul-de-sac, profonde de 2 millimètres, et correspondant à la gouttière de la portion supérieure dont nous venons de parler. Pas trace de néoplasme; mais présence d'une balanite intense, source de l'écoulement purulent qui se faisait par l'orifice du prépuce. Le canal de l'urèthre était parfaitement sain.

Il est évident que, dans ce cas, on se trouvait en présence d'une difformité congénitale : en effet, cette singulière bifidité du pénis peut être mise sur le compte d'un arrêt dans le développement de l'urèthre antérieur.

Dr Heller.
Assistant du professeur Schrotter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

9 Décembre 1896.

Pathogénie de l'appendicite. — **M. Broca.** Je n'ai qu'à confirmer les faits énoncés par MM. Brun, Jalaguier et Walther. Comme eux, je ne crois pas à la théorie du vase clos. J'ai opéré, en particulier, 3 malades chez lesquels l'appendice présentait une cavité close parfaite, et qui, cependant, n'avaient présenté aucun phénomène infectieux. Comme mes collègues, je croirais plus volontiers que le processus qui conduit à la cavité close est un processus curatif. En revanche, je viens d'extirper, chez un enfant atteint de péritonite suppurée consécutive à un appendicite, un appendice nullement oblitéré.

Enfin, je crois aussi que, souvent, l'ablation de l'appendice ne fait pas cesser tous les accidents, parce qu'il peut exister des lésions intestinales concomitantes ; aussi, ai-je l'habitude d'instituer un régime alimentaire spécial chez tous mes opérés.

M. Bazy. Lors de la dernière discussion sur l'appendicite, qui a eu lieu il y a un an, parmi nous, je me suis efforcé de réclamer pour la vieille typhlite, bien malmenée et bien oubliée aujourd'hui, le droit à l'existence, et, pour le cæcum, le droit de déterminer des lésions tout aussi bien que l'appendice son voisin. J'y ajouterai volontiers aujourd'hui la valvule iléo-cæcale et la fin de l'iléon.

J'avais même, à ce sujet, cité l'exemple d'une malade à qui j'avais ouvert un abcès, et comme, dans cet abcès, j'avais trouvé une matière fécale durcie du volume de l'extrémité du pouce, je m'étais dit, avec quelque apparence de raison, que ce corps étranger avait dû sortir de la cavité intestinale, ailleurs que par les parois de l'appendice, et j'avais pensé qu'il avait trouvé un chemin plus facile à travers le cæcum ulcéré.

Je dois à la vérité de reconnaître que ma tentative de revendication n'eût aucun succès. Le vent était à l'appendicite, et bien mal avisé était celui qui ne voulait pas lui laisser toute la place.

Les communications de MM. Brun, Walther et Jalaguier simplifient beaucoup ma tâche dans cette tentative de réhabilitation, et, dans tous les cas, me fournissent un singulier appui.

Si le cæcum, l'iléon, peuvent donner lieu aux mêmes accidents que l'appendice, comme il est peu probable que ces deux organes puissent réaliser le phénomène du vase clos, du coup, cette théorie est non pas ruinée, mais ramenée à ses véritables proportions.

Or, il n'est pas douteux que le cæcum, la région iléo-cæcale, puissent donner lieu aux mêmes accidents que l'appendice. La clinique et l'anatomie pathologique le démontrent.

Quand des cliniciens, comme M. Millard, à la Société médicale des hôpitaux, et M. Laveran, à l'Académie, cherchent à conserver le vieux type clinique de la typhlite, c'est qu'ils ont de sérieuses raisons pour cela.

Quand on voit, dans la fosse iliaque droite et sous le flanc droit, une tumeur cylindrique, large de 6 ou 10 centimètres, allongée verticalement, terminée en bas par une extrémité plus ou moins arrondie, à limites plus indécises vers le haut, du côté du foie ; que cette tumeur coïncide avec des troubles digestifs, qu'elle est rénitente, douloureuse à la pression, que, sous l'influence de grands lavages de l'intestin et du repos, ou de tout autre moyen, on la voit peu à peu céder et disparaître, on ne doit pas avoir d'hésitation à prononcer le nom de typhlite ou de typhlo-colite. Je n'insiste pas.

Mais, dira-t-on, rien ne vaut la constatation anatomique, et surtout la constatation faite par le chirurgien, et ici, comme pour les salpingites, c'est surtout aux chirurgiens que l'on doit la connaissance des diverses modalités des lésions cæco-appendiculaires, parce qu'ils ont pu les voir aux différentes périodes de leur évolution.

Or, l'anatomie pathologique démontre que le cæcum peut, aussi bien que l'appendice, déterminer des accidents.

Quand j'ouvre un abcès de la fosse iliaque ou du petit bassin, et que je vois l'appendice au milieu du pus, quand je le vois, perforé ou non, sur une des parois de la poche, j'ai le droit de dire : l'appendice est la cause du mal, et je l'enlève; mais quand, ouvrant un abcès, je vois le côlon, le cæcum, je vois des amas d'intestin grêle, que je ne vois nulle part l'appendice, ai-je le droit de dire que c'est lui qui est la cause des accidents? Nullement, pas plus que j'aurais tort de lui refuser un rôle dans la pathogénie des accidents dans les cas où il est visible et malade.

De quel droit aurait-il ce rôle exclusif? Il ne pourrait tirer ce droit que si les accidents dits appendiculaires, obéissaient toujours à la théorie du vase clos, s'ils avaient besoin, pour produire l'oblitération de l'appendice, de la formation d'une cavité close que seul peut réaliser l'appendice.

A part cela, l'appendice est formé des mêmes éléments que les organes avoisinant, cæcum et iléon, muqueuse riche en follicules clos, et c'est cette richesse en follicules clos qui paraît la cause prédisposante de la localisation des accidents infectieux dans cette région ; et alors, pourquoi n'aurait-on pas des typhlites à coli-bacilles ou à staphylocoques, comme on a des typhlites à bacilles d'Éberth, à bacilles de Koch? On ne dit pas appendicites typhoïdiques, appendicites tuberculeuses?

Au reste, voici une observation qui est assez démonstrative à ce point de vue : elle prouve, d'une part, que la localisation des lésions n'est pas appendiculaire, et que, comme l'a dit notre collègue Jalaguier, les rétrécissements paraissent être l'effet et non la cause des lésions appendiculaires.

Il s'agit, au reste, d'un cas classique.

St... S., âgée de vingt-huit ans, très bonne santé antérieure, entrée le 22 Avril 1896 dans mon service, à l'hôpital Tenon.

Au commencement de Décembre 1895, elle est prise de douleurs abdominales violentes, avec fièvre, d'un refroidissement. Les accidents se calme paraissent, le 26 Décembre; ils se reproduise veau en Février et en Mars, et la tempéra même un jour à 40 degrés.

MM. Got et Broussin (de Versailles), qui malade, me demandent de l'examiner. Je co di gnostic, et nous concluons à la nécessité d tion, pour laquelle la malade entre dans mo

A ce moment, elle ne souffre plus; mais o la fosse iliaque droite un empâtement et masses un peu douloureuses et légèremen obliquement, un peu fermes et difficilem tables; pas de fièvre, un peu de fatigue ré attaques successives de typhlo-appendicite.

Opération. — Incision parallèle à l'arcade à 2 centimètres au-dessus d'elle. Après ou péritoine, on aperçoit le cæcum recouvert membranes. Il est adhérent à la fosse iliaqu plongé dans le ventre, sépare petit à petit le on peut l'attirer à l'extérieur. A ce momen face légèrement grenue, violacée, de l'éte lentille allongée, éveille l'attention et fait p y a là une perforation se trouvant à la base car on aperçoit, au voisinage, une espèce de l'on croit être l'appendice; mais on recon que ce n'est pas lui. On se hâte de suturer cette perforation par plusieurs points sép surjet. Cela fait, on cherche l'appendice, et croyait être cet organe n'est que probablem pli de l'intestin ou de l'épiploon. A côté, cordon plus volumineux (volume d'une cig flée à son extrémité); en en cherchant les en détache facilement l'extrémité qui était arrière du cæcum, dans la fosse iliaque, à côté chement de l'intestin grêle. Cet appendice dans son milieu (longueur 5 centimètres) et, de ce rétrécissement, il existe une perforation parce qu'il en sort un liquide blanchâtre semblab On place des pinces au-dessus et au-dessous ration, on détache le péritoine de l'appendic avoir lié cet organe avec une forte soie, on 1/2 centimètre au-dessous ; on cautérise et la muqueuse de l'appendice ; on fait par-dess ture de Lambert au catgut. Pendant tout ce t cherché à protéger le péritoine et à faire un extra-péritonéale. On réduit l'intestin dans après s'être assuré que l'hémostase est fai une suture de la paroi par deux plans au c péritoine et aponévroses, et, pour la peau, Florence. Pansement iodoformé.

Examen de la pièce. — La première perfo geait manifestement sur le cæcum et n'était en rapport avec l'appendice, qui était situé interne et postérieur. De même, la perforatio culaire n'avait aucun rapport avec la perforat Au demeurant, ces perforations étaient perdu lieu d'adhérences.

La perforation appendiculaire était située d'un rétrécissement très étroit et la muqueuse dice, après ouverture de celui-ci, était moin moins tomenteuse entre le rétrécissement et de l'appendice qu'entre celui-ci et sa base, de dans l'espèce, le rétrécissement et, par suite, l microbienne en arrière de ce rétrécisseme joué qu'un rôle effacé.

Du liquide avait été recueilli après séjour de v tes environ de la pièce dans une cuvette asep être examiné au point de vue microbien. Il co staphylocoque.

Suites opératoires normales, pas de fièvre.

J'ai eu des nouvelles de cette malade cinq m elle allait très bien.

Pour résumer cette observation, je dirai : appendice adhérents. Dans deux points, le dé des adhérences, facile ailleurs, amène l'ouv l'intestin et l'ouverture de l'appendice.

J'en conclus que la paroi du cæcum, d'un l'appendice, de l'autre, étaient amincies ou détr chacun de ces points. Or, le point cæcal était l'appendice, ce n'est donc pas la lésion appe qui a causé la lésion cæcale, ce sont deux lés laires, deux lésions contemporaines ; le cæcum lade au même titre et au même degré que l'a Donc, il y avait typhlite et appendicite à la fo

Voyons, maintenant, les lésions de l'appendic était rétréci. Mais, c'est précisément au nive rétrécissement que s'est produite la déchirure foration. Partout ailleurs, soit du côté de son adhérente, soit du côté de l'extrémité libre, l s'était laissé détacher facilement. C'était donc du rétrécissement que s'était produit le maxi lésions.

Je crois même, dans la description de la p immédiatement après l'opération, que la muq pendiculaire était plus rouge, plus congestionn qu'au delà du rétrécissement, plutôt du côté d que du côté de l'appendice. Le rétrécissement donc pas avoir exercé la moindre influence su sions.

Un argument important en faveur de la théo ment appendiculaire des accidents abdominaux cessation de ces accidents quand, par une op

a enlevé l'appendice. C'est un argument très
ui garde toute sa valeur quand les lésions ont
nent appendiculaires, mais qui en perd évidem-
peu depuis que M. Brun nous a dit avoir ob-
continuation, quoique avec des caractères diffé-
accidents intestinaux chez des malades auxquels
nlevé l'appendice.
l'un autre côté, on peut voir aussi cesser tout
'accidents et de rechutes chez les malades aux-
s'est contenté d'ouvrir un abcès, sans avoir
l'appendice.
ne malade, à laquelle j'avais ouvert un abcès
itonéal d'origine appendiculo-cæcale et qui a
guéri, je n'ai trouvé que des adhérences solides
êtement refroidies, un an après, quand j'ai dû
une laparotomie pour un kyste suppuré du
large.
es malades sont resté guéris depuis huit, cinq et
ns, etc.; je les avais opérés pour des abcès, sans
de l'appendice.
rouve que tout n'est pas dans l'appendice et
t y avoir des lésions ailleurs que sur cet organe.
'étonnant à cela? Est-ce que M. Terrier ne nous
pas, à l'une de nos dernières séances, le cas de
ons intestinales multiples qui siégeaient ailleurs
le cæcum, dans des points probablement moins
follicules clos que le cæcum? Est-ce qu'il n'y
ulcère perforant du duodénum?
moi-même, au commencement de l'année, faire
rotomie pour péritonite suppurée et généralisée
alade qui avait du pus dans la fosse iliaque gau-
ans le petit bassin, péritonite probablement
intestinale, la palpation de l'utérus et des an-
n'ayant rien révélé d'anormal à leur niveau.
rement encore, dans le cours d'une laparotomie,
, et faisais remarquer à mes aides, l'existence
nces anciennes de l'S iliaque au péritoine de la
aque, vestiges évidents d'une lésion de cette por-
intestin.
tin peut, en effet, être malade sur toute la lon-

c l'appendice ne peut pas être toujours mis en
théorie du vase clos perd de son importance et
tout expliquer.
nsité des accidents infectieux dépend évidemment
tation de la virulence des microbes; mais ces
s, pour exalter leur virulence, n'ont pas besoin
fermés.
phylocoque, le streptocoque, le pneumocoque,
acille sont nos hôtes habituels; il n'est pas né-
de les enfermer pour qu'ils déterminent les lé-
i leur sont propres.
sions ulcéreuses, pour se produire, n'ont pas
e siéger sur des tissus formant une cavité close.
icrobes n'ont pas besoin d'être en vase clos
d'un vase clos macroscopique) pour devenir
s ou pour exalter leur virulence. Je n'en veux
euve que les cas de lymphangite, d'érysipèle,
serve si fréquemment à la suite des lésions les
erficielles.
icrobes, hôtes habituels ou temporaires de l'in-
euvent donc attaquer les parois intestinales, les
sans qu'il soit nécessaire d'invoquer leur incar-
; que, mis en vase clos, ils paraissaient devenir
ifs, plus virulents, c'est possible, mais encore
rtaines autres conditions encore mal connues.
rie du vase clos ne saurait tout expliquer; si
t vraie pour tous les cas, elle aurait pour consé-
fatale et constante l'ablation de l'appendice, et
lation aurait, à son tour, une conséquence tou-
même, c'est-à-dire la guérison définitive. Or,
ons vu que ces deux résultats sont loin d'être
s. Les faits de tous les jours le prouvent. C'est
a que j'ai voulu rendre au cæcum la part qui
nt dans la production des accidents dits appen-
s. Il m'a paru bon de rappeler ces faits à cause
séquences opératoires et thérapeutiques qu'ils
ent.

ffier. L'inflammation de l'appendice est analogue
le tous les conduits muqueux : l'infection com-
ar la muqueuse, puis se communique au paren-
'appendicite, de catarrhale, devenant parenchyma-
uis survient un processus de sclérose plus ou
mité déterminant une oblitération totale ou par-
où une division à établir : appendicites avec
n et appendicites sans rétention.
l fait spécial à signaler, dans l'inflammation de
ait muqueux, c'est la tendance à la gangrène, et
emblé que cette dernière s'observait de préfé-
and il y a un corps étranger.
int de vue clinique, je tiens à insister sur les
lances qu'offrent entre eux les cas d'appendicite
répétition et d'autres cas où il n'y a que des
nes d'obstruction intestinale. L'observation sui-
ontre toute la difficulté du diagnostic en pareille
: il s'agit d'un enfant de sept ans qui, du 22 Sep-
1893 au 7 Mai 1896, présenta une série d'accidents
re appendiculaire. En Octobre 1895, il y eut
n abcès cæcal qui s'ouvrit spontanément dans
. Le 27 Avril 1896, il fut atteint d'accidents
ction intestinale qui, cette fois, engagèrent à
ntion. La laparotomie permit de constater, tout
qu'il n'y avait pas d'appendicite et, en second lieu, que le cæcum était couvert de brides cicatricielles qui furent rompues. Quant à l'appendice, je pense qu'il s'était éliminé spontanément lors de l'évacuation de l'abcès. Il faut donc admettre qu'il n'y a pas que l'inflammation de l'appendice qui donne des accidents du côté de la région cæcale, et que de simples brides, dues sans doute elles-mêmes à une attaque appendiculaire antérieure, peuvent provoquer des troubles divers parmi lesquels il faut faire ressortir des symptômes d'obstruction intestinale.

M. Quénu. La pathogénie de l'appendicite peut être différente suivant qu'il s'agit de la première attaque ou des attaques successives.

Pour la première attaque, je tiens grand compte de l'influence de l'entéro-colite antérieure, mais je ne pense pas, comme M. Jalaguier, qu'elle soit la manifestation locale d'un état général; que ce dernier puisse avoir, dans quelques cas, une certaine influence, je l'admets, mais, sans aller plus loin, ni lui reconnaître une action prépondérante.

Quant aux attaques désignées sous la dénomination générale d'appendicites à répétition, elles reconnaissent des causes disparates. Les accidents peuvent être dus à une appendicite à répétition vraie, mais ils peuvent aussi reconnaître l'existence de brides épiploïques (dans un cas où j'ai réséqué l'épiploon, il n'y avait pas d'appendice, comme chez le malade de M. Tuffier); ils sont dus parfois encore à une adénite péri-cæcale, comme j'ai eu l'occasion de le constater, ou à un abcès gangréneux péri-appendiculaire, ainsi que je l'ai observé tout récemment.

M. Reclus. Depuis longtemps, j'explique les accidents appendiculaires par une théorie que j'appelle *théorie de la stagnation* et qui me paraît donner l'explication de tous les faits. Le cæcum peut être considéré comme un diverticule de l'intestin dans lequel stagnent les matières, et l'appendice constitue un second diverticule à ce premier diverticule intestinal. Ainsi, exactement, on peut comparer l'appendice à une fistule borgne interne. On comprend encore, qu'au niveau du cæcum et, par suite, de l'appendice, il se passe, comme partout où il y a stagnation, une fermentation des matières intestinales.

Ceci dit, je crois qu'on peut ranger les appendicites en trois catégories :

1° Les appendicites de cause locale, dans lesquelles les corps étrangers jouent un grand rôle, comme dans les cas de fistule borgne interne;

2° Les appendicites dues à la propagation d'une inflammation de voisinage : il y a eu entéro-colite, par exemple; l'entéro-colite guérit, mais il persiste une inflammation au diverticule appendiculaire, comme, d'ailleurs, dans les cas de fistule borgne interne;

3° Enfin, les appendicites peuvent être consécutives à une maladie générale, et les faits de Jalaguier sont très intéressants à ce point de vue, parce qu'ils nous ouvrent des horizons nouveaux.

Relativement à la théorie du vase clos, je ne la crois pas applicable à la majorité des cas. Je pense, en tous cas, que le vase clos est un processus de guérison et c'est surtout lorsque l'appendice reste franchement ouvert que les accidents surviennent de préférence, parce que, dans ces cas, la stagnation est facilitée et la fermentation plus grande.

Entérorrhaphie circulaire dans les cas d'anus contre nature. — **M. Jalaguier** lit un rapport sur 3 cas de fistules pyo-stercorales ou d'anus contre nature traités avec succès par **M. Bareth** (de Caen) qui, dans les trois cas, a eu recours au détachement de l'anse intestinale et à l'entérorrhaphie circulaire.

Présentations de malades. — **M. Ferraton** présente un malade opéré pour une **actinomycose cervico-faciale**; **M. Faure**, une femme à laquelle il a fait une **laparotomie** pour des accidents péritonéaux aigus diagnostiqués appendicite et dus, en fait, à la **perforation de la vésicule biliaire**; la malade, qui était enceinte de deux mois, a guéri et la grossesse continue. **M. Beurnier** montre un malade qu'il a laparotomisé pour **plaie pénétrante de l'abdomen**, trois heures après l'accident; il y avait deux plaies de l'intestin grêle.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

11 Décembre 1896.

Recherches sur la réaction agglutinante dans la sérosité pleurale des typhiques. — **MM. Widal et Sicard.** A l'autopsie de trois typhiques, nous avons constaté que la sérosité pleurale donnait une réaction très nette avec le bacille d'Eberth. Dans le cas fort intéressant que M. Menetrier nous a rapporté dans la dernière séance, la réaction manquait, mais les conditions étaient tout autres. Il s'agissait non plus de simple sérosité pleurale, mais d'un grand épanchement de la séreuse. La présence des bacilles d'Eberth dans le liquide épanché n'était pas, croyons-nous, la cause de l'absence de réaction agglutinante. Nous avons réalisé, chez des animaux, de vastes abcès expérimentaux, dont le pus fourmillait de bacilles d'Eberth; la sérosité de ce pus était douée pourtant de propriétés agglutinantes très actives. La cause de l'absence de propriétés agglutinantes dans un épanchement aigu de la plèvre est, peut-être, à chercher dans la rapidité avec laquelle le liquide exsude des vaisseaux pour se collecter dans la séreuse et dans les modifications que subit dans ces conditions le plasma épanché.

Le fait est peut-être à rapprocher de ce que l'on observe pour les larmes. Nous avons montré[1] que si, dans l'angle interne de l'œil d'un typhique, on puise une goutte de liquide au niveau du cul-de-sac lacrymal, on obtient presque toujours une réaction très marquée, après mélange à une culture typhique dans la proportion de 1 pour 10 ou de 1 pour 5. Si, au même malade, on fait respirer des vapeurs d'ammoniaque ou de menthol, on provoque ainsi une sécrétion lacrymale abondante, mais qui, le plus souvent, a perdu immédiatement tout pouvoir agglutinant. La brusque modification, subie ainsi par les larmes dans leur constitution, a suffi pour faire disparaître la propriété agglutinante.

De l'action dissociée de la digitale dans l'asystolie. — **M. Merklen.** L'action de la digitale dans l'asystolie se traduit habituellement par le ralentissement et la régularisation du pouls, par une diurèse plus ou moins abondante, enfin par la diminution du volume du cœur dilaté et l'augmentation de son énergie. Ce triple résultat ne se produit que dans les cas favorables; il manque quand le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés, et cet insuccès de la digitale est d'un fâcheux pronostic. Mais, à côté de cet insuccès total, on peut observer des insuccès partiels. Parfois le pouls reste fréquent malgré la diurèse; ailleurs l'oligurie persiste et le cœur demeure dilaté, malgré son ralentissement.

Un premier mode de dissociation, la *diurèse sans ralentissement du pouls*, appartient à ces formes rares d'asystolie qui résultent de la compression des nerfs pneumogastriques dans le médiastin par des ganglions tuberculeux. La conséquence habituelle de cette compression est une accélération permanente du cœur aux environs de 160, pouvant persister des mois sans amener de troubles fonctionnels, mais se compliquant, dans des conditions non encore précises, d'une asystolie également permanente. La digitale est sans action sur cette tachycardie, et néanmoins elle provoque la diurèse, s'il y a simultanément stase veineuse et anasarque par asystolie. Cette diurèse est d'ailleurs de courte durée, et n'est que rarement suffisante pour diminuer d'une manière notable les œdèmes et les stases viscérales.

Le *ralentissement du pouls sans diurèse*, deuxième mode de dissociation, a une signification bien différente, et relève une altération profonde du myocarde. Des deux modes de dissociation qui viennent d'être signalés, le premier, *diurèse sans ralentissement du pouls*, peut utilement servir au diagnostic. Les faits que j'ai observés tendent à établir que cette action diurétique de la digitale, indépendante de l'action modératrice, se produit quand l'influence ralentissante des pneumogastriques est entravée sans que le myocarde soit sérieusement altéré, et sans que le cœur et les vaisseaux soient soustraits à l'influence du grand sympathique. C'est le lieu de rappeler que la physiologie expérimentale a permis de dissocier les effets multiples de la digitale et de réaliser avec une certaine précision ce qu'en clinique on n'observe que rarement et incomplètement. Elle nous a depuis longtemps appris que ce médicament est tout d'abord un *cardio-modérateur* qui ralentit le pouls en agissant sur les nerfs pneumogastriques et l'appareil modérateur intra-cardiaque. Cette action ne peut plus se produire quand les pneumogastriques sont coupés ou paralysés par l'atropine, ou, ce qui revient au même, quand ils sont comprimés par une tumeur du médiastin.

Mais, la digitale est en même temps un *cardio-toxique* ayant la propriété d'augmenter l'énergie systolique du cœur et de diminuer son volume; or, cette action cardio-toxique est indépendante de l'action cardio-modératrice.

S'exerçant sur le myocarde directement et par l'intermédiaire des nerfs toni-accélérateurs, c'est-à-dire du grand sympathique, elle peut encore se produire quand les nerfs pneumogastriques sont sectionnés ou paralysés. Ce relèvement de l'activité cardiaque en l'absence de tout ralentissement suffit à expliquer la diurèse digitalique telle que je l'ai observée dans l'asystolie par compression des pneumogastriques. Mais cette diurèse résulte non moins d'une troisième propriété de la digitale, son action *vaso-constrictive* ou *vaso-tonique*, également indépendante de l'action modératrice, et de même ordre que l'action cardio-tonique.

Le deuxième mode de dissociation, *ralentissement du pouls sans diurèse*, avec *augmentation de la dilatation cardiaque*, s'observe dans les cas où le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés pour subir l'influence tonique de la digitale, alors que les pneumogastriques exercent encore sur le myocarde leur action modératrice. L'action tonique se produit, non seulement par l'intermédiaire du grand sympathique, mais aussi grâce à une action directe du médicament sur le tissu musculaire. Mais, si le myocarde et la tunique musculaire des artérioles ont subi une dégénérescence telle que la digitale est impuissante à en relever l'activité, le cœur pourra se ralentir sans diminuer de volume, d'où une évacuation de plus en plus insuffisante, et, comme conséquence, l'augmentation de sa dilatation et de la stase veineuse.

1. Widal et Sicard. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. Septembre 1896.

C'est ainsi, ce me semble, qu'on peut expliquer la cyanose, les troubles cérébraux et dypnéiques que j'ai observés plusieurs fois sous l'influence de la digitale administrée à dose thérapeutique. Il peut donc y avoir danger à ralentir un cœur dilaté, quand, pas suite d'altérations dégénératives scléreuses, peut-être aussi d'adhérences généralisées du péricarde, ce cœur ne peut revenir sur lui-même et diminuer de volume en retrouvant un surcroît d'énergie.

M. Hayem. J'ai déjà observé des faits analogues à ceux auxquels M. Merklen fait allusion. Chez les cardiaques dont le cœur n'est pas affaibli, on peut produire de la diurèse sans ralentissement du pouls, mais seulement lorsque l'on emploie de faibles doses; si l'on augmente les doses et si l'on prolonge le traitement, le pouls se ralentit. Il faut donc, dans ces cas, tenir compte de l'état des malades, des doses de digitale, et de la durée du traitement.

M. Merklen. Je tiens à faire remarquer à M. Hayem que les faits de diurèse sans ralentissement du pouls auxquels j'ai fait allusion relèvent de troubles apportés à l'innervation cardiaque par la compression des pneumogastriques. Dans ces cas, j'ai souvent varié le mode d'administration de la digitale, j'ai même surpassé les doses habituelles sans jamais obtenir de ralentissement du pouls.

Parotidite saturnine. — **M. Achard** présente un malade atteint d'une parotidite saturnine double. Le malade est profondément intoxiqué par le plomb; il a eu plusieurs atteintes de coliques, une paralysie des extenseurs, de l'albuminurie. La parotidite a débuté, il y a un an, et a subi depuis des variations assez grandes. Souvent, la tuméfaction augmente notablement après les repas. Lorsque le malade est entré à l'hôpital, il y a deux mois, le gonflement était à peine marqué; quelques jours après, il a subi un accroissement considérable. Il y avait, à ce moment, une stomatite très accentuée, et M. Achard se demande si cette stomatite n'a pas joué un rôle dans cette poussée d'accroissement, soit en provoquant une hypersécrétion salivaire, soit en déterminant un rétrécissement inflammatoire des voies d'excrétion.

Dans un autre cas, chez un malade non saturnin, M. Achard a vu une stomatite, entretenue par une dent cariée, s'accompagner de la tuméfactioe de la muqueuse avoisinant l'orifice du canal de Sténon, et d'une parotidite chronique de ce côté. Le malade, qui était syphilitique, avait pris beaucoup d'iodure, et c'est peut-être l'iodure qui avait préparé le terrain, comme le saturnisme chez le premier malade.

Enfin, M. Achard cite encore un cas de parotidite saturnine qui avait subi une poussée considérable à la suite de l'administration d'un gramme d'iodure de potassium.

M. Chauffard fait remarquer qu'une autre intoxication est également capable de produire des parotidites chroniques, c'est l'intoxication par le cuivre. Il en rapporte un exemple. D'ailleurs, une série d'intoxications à manifestations buccales peut produire le syndrome de l'hypertrophie parotidienne.

M. Merklen a également observé ces parotidites chroniques, et, notamment, à la suite d'oreillons.

M. Comby constate qu'il est désormais facile d'isoler ce syndrome, et d'interpréter sa pathogénie; les nouveaux faits rassemblés confirment les conclusions qu'il avait prises à ce sujet dès 1880.

Infection sarcomateuse améliorée par le naphtol camphré. — **M. Fernet** présente un malade âgé de quarante ans, qui a subi, il y a dix ans, une castration nécessitée par un sarcome du testicule; pendant les quatre années qui suivirent l'opération, la santé de cet homme fut parfaite. Ensuite survinrent des adénopathies sus-claviculaires et médiastines telles qu'apparurent bientôt des troubles graves de la circulation veineuse, occasionnés par la compression du tronc de la veine cave supérieure. Contre ces adénopathies, on pratiqua des injections interstitielles de naphtol camphré; au bout de quelques mois, la guérison fut complète. En 1896, nouvelle rechute, nouveau traitement par le naphtol camphré, nouvelle amélioration.

M. Rendu émet des doutes sur la nature sarcomateuse de ces hypertrophies ganglionnaires; les sarcomes du testicule infectent d'abord les ganglions lombaires, et, dans le cas de M. Fernet, les ganglions sus-claviculaires seuls sont atteints; peut-être s'agit-il donc d'adénopathies tuberculeuses.

Ectopie cardiaque. — **M. Fernet** présente un malade dont le cœur bat dans la partie droite du thorax; les autres organes sont dans leur situation normale, il n'y a pas de transposition viscérale. Ce déplacement du cœur peut s'expliquer par certaines déformations de la cage thoracique. Le côté gauche du thorax est normalement développé, le poumon respire amplement, peut-être même plus qu'à l'état normal. Le côté droit est effondré, aplati, le poumon respire mal, il est mat. Peut-être cet homme a-t-il eu, pendant son enfance, une affection broncho-pleuro-pulmonaire du côté droit, le cœur se serait déplacé secondairement, obéissant à deux sortes d'influences : attraction à droite par des adhérences pleurales, refoulement par le poumon gauche, hypertrophié par sa fonction vicariante.

Fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés. — **M. Marie** attire de nouveau l'attention des membres de la Société sur la fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés. M. Marie en cite trois nouveaux cas; l'un de ceux-ci s'explique facilement par le fait que l'amputation avait été commandée par l'évolution d'une tumeur blanche; mais les deux autres ne peuvent recevoir aucune explication, des traumatismes seuls ayant nécessité l'opération.

Cette fréquence de la mort par tuberculose pulmonaire chez les amputés est-elle due à un simple hasard, ou faut-il y voir un rapport de cause à effet, la perte d'un membre diminuant la résistance de l'organisme contre les infections? Il est impossible, à l'heure actuelle, de répondre à cette question; mais il faut dès à présent songer à la possibilité de ce fait, et dresser des statistiques plus nombreuses que celles connues actuellement.

Séro-diagnostic dans les rechutes de la fièvre typhoïde. — **M. Thoinot** envoie à la Société les remarques qu'il a faites sur l'action agglutinante du sérum, dans les rechutes de la fièvre typhoïde. M. Thoinot rechercha la réaction de Widal dans un cas de fièvre typhoïde légère, sans obtenir toutefois cette réaction; le diagnostic devenait donc douteux, lorsqu'une rechute se produisit : pendant cette rechute et pendent la convalescence qui suivit, le séro-diagnostic fut positif. Il s'agissait donc bien d'une infection par le bacille d'Eberth.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

11 Décembre 1896

Fibro-myome utérin télangiectasique. — **M. Mermet** montre les coupes d'un volumineux fibro-myome utérin qu'il a présenté dans une séance précédente.

Au microscope, on aperçoit, au milieu d'un stroma en grande partie musculaire, mais riche en cellules embryonnaires, des sinus irréguliers, de toutes dimensions, dilatés et bourrés de globules rouges. Les éléments du stroma sont inégaux comme forme et volume : les uns sont des cellules lisses ordinaires; à côté existent des éléments gigantesques, bourgeonnants et en voie de division directe; à côté existent encore d'autres éléments arrondis, plus petits.

Çà et là, on voit des sinus sanguins complètement thrombosés. On trouve à leur intérieur un réticulum fibrineux, au milieu duquel prolifèrent les cellules endothéliales allongées, pourvues de véritables pointes d'accroissements. Au pourtour de ces vaisseaux thrombosés le parenchyme du myome dégénère.

Fibrome utérin. Torsion du pédicule. — **M. Delaunay** communique l'observation d'une femme de quarante et un ans, présentant depuis quatre ans des douleurs abdominales, s'accompagnant d'irrégularité des règles. Il y a vingt jours, elle ressentit, au côté droit du ventre, dans la région cæcale, une douleur extrêmement intense, qui la décida à voir un chirurgien. A l'examen, on hésita entre le diagnostic de kyste de l'ovaire, et de fibrome utérin. On pratiqua la laparotomie et l'on trouva, au niveau de la corne utérine du côté droit, une grosse tumeur réniforme, rattachée à l'utérus par un pédicule tordu. Cette tumeur était verdâtre et fluctuante. On sectionna le pédicule et l'on enleva la tumeur. On trouva de plus un kyste du ligament large, qui repoussait le fibrome en haut et en arrière.

Hémorrhagie cérébrale. — **M. Bonnus** rapporte l'observation d'un individu de trente-trois ans, non syphilitique, offrant tous les symptômes d'un mal de Bright. Il présenta, pendant plusieurs années, une série d'ictus correspondant à des hémorrhagies cérébrales. Il mourut du fait d'une hémorrhagie ventriculaire. L'examen du cerveau montre, en effet, des foyers hémorhagiques à différents stades.

Syndrome de Weber. — **M. Bonnus** communique l'observation d'une femme qui, à la suite d'un ictus apoplectique, présenta une hémiplégie droite. Quinze jours plus tard, le moteur oculaire commun gauche était atteint. A l'autopsie, on trouve un petit foyer de ramollissement, au niveau de l'origine du moteur oculaire commun.

Modification de la forme des os. — **M. Regnault** étudie les modifications que subissent les os du membre inférieur, dans les cas de rachitisme et de fractures. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Le grand diamètre de l'os est dans le plan d'incurvation; le petit diamètre est perpendiculaire à ce plan

2° Le tibia a son plan d'incurvation perpendiculaire à celui du fémur;

3° Le plan d'incurvation d'un segment de membre est perpendiculaire au plan d'incurvation de l'autre membre.

Infection généralisée à staphylocoques. — **M. Dufour** communique l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une course à bicyclette, fut pris de phénomènes graves, rappelant ceux de la fièvre typhoïde : élévation de température, angine folliculaire, hypertrophie de la rate, état typhoïde. Il présentait, en outre, une plaque de sphacèle au niveau du scrotum. Dans ce foyer gangréneux et dans le sang, on put constater la présence du staphylocoque doré virulent. La guérison survint sans autres complications.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — **M. Herbet** p… un kyste dermoïde de l'ovaire enlevé par M. G… Marchant sur une jeune fille de vingt et un a… kyste présente ceci de particulier qu'il était form… grande poche, renfermant 5 litres de liquide, d… quelle se trouvait inclus un autre kyste gros com… deux poings; celui-là contenait de la matière sé… et trois pièces annexes dentifères. Le nombre to… dents s'élevait à 16.

Dilatation bronchique. — **MM. Herbet** et **L.** … mot présentent un poumon droit atteint de dil… bronchique, avec sclérose broncho-pulmonaire p… totale, ayant donné lieu à une erreur de diagno… cause des commémoratifs : une ponction antérieu… rait ramené un liquide clair comme de l'eau de … ce qui avait fait penser à un kyste hydatique. L… vention chirurgicale conduisit dans une cavité renfe… du pus, et communiquant avec une grosse br… Cette cavité se combla peu à peu. Le malade … trois mois après avec des phénomènes d'hecticité.

Épithélioma primitif de la vésicule biliai… **MM. Archambaud** et **Weinberg** présentent un … lioma primitif de la vésicule biliaire qu'ils ont … chez une femme de soixante-douze ans.

La vésicule biliaire, à la lumière très rétrécie et … plie de calculs, à parois très épaisses, est le point … part d'une tumeur blanchâtre, grosse comme une … orange, et s'enfonçant dans le parenchyme hépa… Pas de noyaux métastatiques dans le foie augmen… volume et gorgé de bile. Le canal cholédoque es… trué et englobé dans la masse cancéreuse.

Comme phénomènes cliniques, la malade a été … jours bien portante, jusqu'à il y a trois mois, date … parition de l'ictère qui a persisté jusqu'à la mort … selles décolorées.

La palpation était à peine douloureuse, et on tro… au niveau de la vésicule biliaire, une petite masse …

Tuberculose des gaines synoviales. — **M. I…** communique l'observation d'une jeune fille, préso… quelques antécédents tuberculeux, qui portait au … une petite tumeur. Cette tumeur était pédiculée et … à la gaine synoviale des tendons fléchisseurs du m… droit. On l'extirpa. L'inoculation et l'examen micr… pique montrèrent qu'il s'agissait d'une production t… culeuse.

Une jeune fille de vingt-deux ans, sujette à des … chites répétées et présentant au cou une cicatrice d… froid, a été atteinte d'une tumeur de la gaine syno… des tendons fléchisseurs du médius droit. Cette tu… est dure, indolente, adhérente, et gêne par sa situ… les mouvements du doigt. Elle fut extirpée par M… peyre qui constata qu'elle était sessile, de la gro… d'une noisette, de consistance et d'aspect fibreux … cobaye, inoculé avec des fragments de la tumeur, m… de tuberculose hépatique et péritonéale.

Squirrhe à noyaux disséminés intra-m… maires. — **M. Vanverts** présente une mamelle bo… de noyaux squirrheux complètement séparés les un… autres. Il s'agissait donc d'un squirrhe à noyaux d… minés intra-mamaires. La marche de l'affection avai… rapide (quatre mois) et des douleurs avaient existé … le début. Il existait de l'amaigrissement notable. Le… gnostic entre la mammite chronique et le cancer … incertain jusqu'au moment de l'opération.

R. MARI…

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

10 Décembre 1896.

Les tuberculides. — **M. Darier** présente à la … ciété un cas de « tuberculide ». Il s'agit d'une jeune … qui offre, sur le tronc, un grand nombre de petites … pules roses assez dures. Aux jambes, ces papules … plus grosses, quelques-unes sont suppurées au co… Ces éléments ont une évolution lente. L'éruption rap… une syphilis papuleuse avec quelques éléments su… rés, et, pourtant, il ne peut être question de syph… L'examen histologique et l'enquête clinique ont pe… d'éliminer ce diagnostic. Ce sont là de ces éruptions … autrefois, auraient peut-être été désignées du nom … scrofulides. L'acnitis, la folliclis, certaines engelure… d'autres lésions, qui toutes surviennent chez des su… soit tuberculeux, soit d'origine tuberculeuse, méri… en raison de leur terrain commun, d'être rapproc… M. Darier propose, pour ces affections, le nom de tu… culides.

M. Fournier insiste sur le caractère absolument sy… loïde de ces lésions. Tout le monde s'y serait trompé. … montre, encore une fois, combien la tuberculose c… née, dans la plupart de ses variétés, peut simuler … syphilis.

MM. Gastou et **Émery** présentent une malade dont … jambes sont recouvertes d'ulcérations profondes, a… la forme et les dimensions d'une bille, peu suppurat… et dont l'aspect rappelle celui des gommes syphilitiq…

Ces ulcérations débutent par une infiltration nodul… profonde, dont la surface tégumentaire se recouvre … léger soulèvement épidermique sans exsudat au-dess… Le centre de ce soulèvement se perfore et le pertuis …

lte se creuse rapidement d'une ulcération en
e curette. A la période d'état, ces éléments com-
nt trois zones : l'ouverture ou la cupule au centre,
iphérie une zone pigmentée, au milieu la zone de
ment épidermique.
alade n'est ni syphilitique héréditaire ou acquise,
'culeuse. Elle a eu des affections multiples dans
e. L'une d'elles lui a laissé une kératite.
ogiquement, la lésion n'est pas du tubercule,
amas nodulaire de cellules embryonnaires qui
t d'origine profonde, et, par place, sont au voi-
les glandes. Il existe des cellules en kariokinèse
corps muqueux. Pas de follicules ni de bacilles
eux.
'iologiquement, on ne trouve qu'un diplobacille
ainé, seulement par la culture et non dans les

s présenté par M. Gastou rentre parfaitement
tuberculides de M. Darier, et, là encore, l'aspect
de la syphilis.
urnier, à ce propos, rappelle avoir observé à sa
tion le fait suivant : Une jeune femme se pré-
rnièrement à lui, porteuse d'éléments disséminés
x, au sujet desquels le diagnostic de syphilis
it. Le traitement fut prescrit, mais sans succès.
tant, le diagnostic paraissait bien fondé, car il
uyé de ce fait que, quelques années auparavant,
avait été guéri d'une iritis par le traitement
l. Après plusieurs mois d'absence, M. Fournier
malade, qui lui avoua avoir été consulter un
philigraphe en renom, lequel avait, lui aussi,
la syphilis. Après un nouveau traitement, pres-
re sans succès, M. Fournier, voulant en avoir
net, fit faire une biopsie par M. Sabouraud, qui
t des bacilles de Koch. Voilà un fait qui montre
oint ces tuberculoses sont difficiles à différencier
syphilis.

de et teinture d'iode. — M. Feulard présente
t chez lequel, après une application irritante de
d'iode, une kéloïde s'est développée.
nier dit que, presque toujours, dans des cas bien
de kéloïdes développées à la suite d'application
ure d'iode, il s'est agi de mauvaise teinture
e teinture d'iode altérée.

**ples oculaires d'origine hérédo-syphili-
— MM. Fournier et Sauvineau.** Il s'agit d'une
le de dix-huit ans, présentant les stigmates
de l'hérédo-syphilis, et, de plus, à son entrée
l, des exostoses du tibia droit et des gommes
à la jambe gauche. En un mois, sous l'influence
ment spécifique, ces derniers accidents dispa-
mplètement, ce qui ne permet pas de douter de
ine.
te malade présente des lésions oculaires congé-
qui, sans aucun doute, relèvent de l'hérédo-
Il existe chez elle une paralysie de la sixième
iche, et des lésions du fond de l'œil gauche.
sont de deux ordres : les unes sont constituées
ches atrophiques pigmentées, lésions de chorio-
nalogues à ce que l'on rencontre dans la syphilis
les autres sont des taches simplement pigmen-
mifiées, offrant l'aspect de la rétinite pigmen-
génitale, ce qui vient à l'appui de la théorie
qui prétend que cette dernière affection doit
buée à l'hérédo-syphilis, plutôt qu'à la consan-
s parents.

e ulcérée de l'oreille. — M. Hermet pré-
malade atteint d'une vaste ulcération phagédé-
cupant les régions auriculaire, mastoïdienne et
, et ayant sectionné le pavillon qui ne tient
par un pédicule situé à l'extrémité supérieure.
est celui d'un épithélioma térébrant.
toute intervention chirurgicale, le malade a été
un traitement d'épreuve consistant en injections
nées de calomel et à l'iodure de potassium,
absence de tout antécédent spécifique, et, trois
après, l'amélioration a été telle, que le diagnostic
e ulcérant, résultat d'une syphilis ignorée,
it.

**ates de l'hérédo-syphilis. — MM. Gaston Gos-
Thompret** présentent trois malades atteintes de
héréditaire tardive, avec dystrophies dentaires
.
mpret insiste sur la fréquence des anomalies
ppement du bourgeon central chez les hérédo-
ues.
omalies entraînent des malformations plus ou
nsidérables : bec de lièvre, atrésie totale ou par-
l'intermaxillaire avec le défaut d'articulation
t la conséquence, absence congénitale d'inci-
isives surnuméraires.
arnier, à propos des stigmates de l'hérédo-
dit qu'il croit pouvoir ajouter deux signes à la
ste de ces lésions de dégénérescence que crée
s chez les descendants.
: une dilatation des veines de la tempe et du
une malformation du pavillon de l'oreille.

is tertiaire. — M. Rénon présente un cas de
ertiaire mutilante osseuse et cutanée. Au mol-
une gomme géante, qui dure depuis trois ans.
est des plus intéressants, il vient encore
er sur un point les différenciations établies entre la syphilis et la tuberculose, en montrant chez un syphilitique une gomme non inflammatoire, mettant trois années à évoluer. Et pourtant le doute n'est pas possible dans ce cas, car quinze jours après le début du traitement la gomme est nettement entrée en résolution.

Sur des nodules intradermiques à caractères cliniques spéciaux rencontrés dans le mycosis fongoïde. — M. Wickham. Chez des malades atteints de mycosis fongoïde même à la période prémonitoire du mycosis. M. Wickham a observé des nodules cutanés à caractères spéciaux. Ces nodules sont du volume d'un pois et ne font aucune saillie ; ils sont enchassés dans le derme comme le serait un gros grain de plomb coupé par la moitié, la face plane adhérant à l'épiderme. L'épiderme ne peut être plissé à leur niveau ; il est sec, non squameux, lisse, tendu, un peu déprimé et de coloration légèrement rose. Ces tumeurs à bords bien limités passent aisément inaperçues. Dans les cas d'eczémas rebelles infiltrés et très prurigineux, dans lesquels on est en droit de soupçonner un début de mycosis, on devra rechercher minutieusement ces nodules, lesquels, s'ils sont trouvés, permettront, en raison de leurs caractères spéciaux, d'établir le diagnostic.

Deuxième note sur l'affection dite folliclis. — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. L'examen histologique a démontré que les lésions de cette dermatose siègent au pourtour des vaisseaux ; les glandes, contrairement à l'opinion émise autrefois par divers observateurs, n'y sont pas primitivement intéressées ; elle se complique rapidement de nécrose. La plupart des sujets qui en sont atteints sont des tuberculeux et présentent des phénomènes d'asphyxie locale. On peut interpréter ainsi qu'il suit l'évolution de ses altérations : apport par la circulation de toxines probablement tuberculeuses dans les vaisseaux du derme, production de lésions prolifératives et nécrosiques, troubles réflexes dans l'innervation vasomotrice.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure. — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. Ces injections ont été pratiquées suivant les règles fixées par Tarnowsky ; elles sont un des meilleurs moyens d'administration du mercure : elles sont beaucoup moins douloureuses que les injections de calomel et remarquablement bien supportées par presque tous les sujets elles ne déterminent presque jamais la salivation ; Tarnowsky ne les a vues que 12 fois sur 176,000 donner lieu à des suppurations locales ; les auteurs n'ont eu aucun accident de cette nature à la suite de leurs 360 injections ; elles sont remarquablement actives et méritent, contrairement aux autres, d'entrer dans la pratique courante de la syphilothérapie ; elles ne sont pas, comme on l'a dit, contre-indiquées dans les cas d'albuminurie si ce symptôme est d'origine syphilitique ; elles en amènent au contraire la disparition rapide ; il est invraisemblable que, comme on l'a dit, des récidives soient plus fréquentes après ce mode de traitement. Les diverses préparations mercurielles se dédoublant dans l'organisme, leur métal se combine en chlorures solubles ; les différences dans leur activité doivent donc tenir surtout aux conditions dans lesquelles elles s'absorbent : or ces conditions sont des plus favorables en ce qui concerne le salicylate.

Dermatite herpétiforme et pemphigus. — MM. H. Hallopeau et Laffitte ont confirmé les faits signalés par MM. Leredde et Perrin, relativement à la présence simultanée de cellules éosinophiles dans le sang et les vésicules des sujets atteints de dermatite herpétiforme et à leur absence dans le pemphigus ; cependant, dans l'un des pemphigus, le sang contenait quelques-uns de ces éléments ; cette réaction, importante pour le diagnostic, n'établit donc pas une différence radicale de nature entre les deux maladies.

Syphilis acquise chez un hérédosyphilitique. — M. Le Pileur a pu observer un fait indéniable de syphilis acquise chez un sujet certainement hérédosyphilitique. Les parents avaient la syphilis constatée par M. Le Pileur, et l'enfant est né avec des malformations dentaires et osseuses. Or, M. Le Pileur ayant revu l'enfant, devenu homme, a constaté chez lui une syphilis récente en pleine période secondaire.

M. Fournier rappelle un cas analogue. Ces faits confirment ce qu'il enseigne depuis longtemps : que les stigmates de l'hérédosyphilis sont des lésions de dégénérescence et non point des lésions de nature syphilitique. Rien ne s'oppose donc à ce que ces malades contractent un chancre syphilitique.

L. Wickham.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

10 Décembre 1896.

Des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorrhagies post-partum. — M. Ollivier. Actuellement, l'utilité des injections de sérum artificiel est unanimement admise, mais tous les cliniciens sont loin d'être d'accord sur la composition du liquide à employer et sur la voie d'administration de la solution.

La solution qui paraît être le plus efficace est, d'après MM. Hayem, Dastre et Gley, la solution de chlorure de sodium à 10 pour 1000, stérilisée à l'autoclave, ou, tout au moins, bouillie. La température du liquide devra être portée à 40 degrés, si l'on veut pratiquer l'injection intraveineuse ; pour l'injection sous-cutanée, il ne sera pas nécessaire d'atteindre un degré aussi élevé.

Les opinions diffèrent surtout au sujet de la voie d'administration. Dans le cas d'hémorrhagies très graves, pouvant entraîner immédiatement un dénouement fatal, l'injection intra-veineuse à dose massive s'impose ; s'il s'agit, au contraire, d'hémorrhagie moins abondante, on aura recours à la voie sous-cutanée.

Aujourd'hui, il n'est plus permis à un accoucheur de se laisser surprendre par une hémorrhagie, et le praticien devra toujours être muni de sérum artificiel pour parer à tous les accidents.

A cet effet, j'ai fait construire une trousse d'urgence comprenant toute l'instrumentation nécessaire à l'injection intra-veineuse ; de la rapidité de son mode d'emploi dépend ordinairement, en effet, la vie de la malade. J'ai fait également construire une seringue métallique d'une contenance de 200 grammes pour l'injection sous-cutanée ; cette seringue présente le grand avantage sur les seringues de petit volume, de permettre l'injection en trois minutes et de remédier utilement à une hémorrhagie grave, même en l'absence de l'instrumentation pour l'injection intraveineuse.

M. Budin. Dans les cas urgents, je me suis très bien trouvé d'injections d'eau salée à 7 pour 1000 dans le sérum.

M. Charpentier. Je crois qu'on a abusé des injections intra-veineuses. Les injections sous-cutanées, à moins d'urgence absolue, doivent, à mon avis, avoir la préférence.

M. Pichevin. Il faut être très réservé dans l'emploi des injections intra-veineuses. La seringue de 20 centimètres cubes qu'a tout praticien permet, avec un peu de patience, d'injecter la quantité suffisante de sérum sous la peau ; elle répond donc à la majeure partie des indications.

M. Maygrier. Je réserve les injections intra-veineuses pour les cas *in extremis*. Dans un cas qui m'est personnel, la résorption locale, après injection sous-cutanée, ne s'est pas faite, et, devant la gravité des accidents, je n'ai pas hésité à recourir à l'injection intraveineuse ; il n'a pas fallu moins de 6 litres de liquide dans les vingt-quatre heures, pour obtenir le succès.

Présentation d'instruments. Ballon dilatateur de M. Lucas. — M. Lucas. Ayant constaté l'insuccès, rare, il est vrai, du ballon dilatateur de M. Champetier, de celui de M. Boissard et du dilatateur de M. Tarnier, j'ai imaginé un ballon destiné à éveiller les contractions utérines et à hâter la dilatation du col. Ce ballon, en tissu inextensible, est formé de deux troncs de cône accolés par leur sommet. Il peut être introduit plié et ficelé avec un lien élastique, puis gonflé progressivement avec un liquide antiseptique, grâce à un tube qui le relie à un irrigateur.

M. Maygrier. L'appareil de M. Lucas est utile non pas pour provoquer l'accouchement, mais encore pour hâter une dilatation déjà commencée. Il s'applique à des cas exceptionnels, alors que tous les autres moyens ont échoué. La pression constante fournie par l'irrigateur est un des facteurs de son succès.

M. Budin. Je n'ai aucune objection particulière à faire à l'appareil de M. Lucas ; mais je crois que les opinions se modifient actuellement au sujet des accouchements prématurés et provoqués. La dilatation du col ne fait pas l'accouchement : ce qui le détermine, c'est la contraction utérine. Dans les cas de travail prolongé, il est un facteur dont on oublie trop souvent l'action : c'est la présence d'un anneau de contraction à l'union du corps et du segment inférieur. Des coupes, pratiquées sur les cadavres congelés de femmes mortes pendant le travail, montrent un rétrécissement notable en ce point : la constriction est même parfois assez marquée pour imprimer un sillon circulaire sur le corps du fœtus.

Curette géante de M. Nitot. — M. Nitot. Je présente à la Société une série de curettes de dimensions différentes et dont la plus grande a 4 centimètres de diamètre. Ces larges curettes n'ayant qu'un côté tranchant, me servent soit pour enlever les fragments de placenta retenus dans l'utérus, soit pour pratiquer le curettage dans les infections *post-partum*.

M. Budin. La question du nettoyage de l'utérus se pose plus que celle du curettage après l'accouchement ou l'avortement. La curette est un instrument aveugle, et, de plus, les tissus malades sont d'une friabilité toute particulière. Je me contente d'endormir la femme et, après avoir immobilisé le fond de l'utérus d'une main, je nettoie la cavité utérine à l'aide d'un ou de deux doigts. Je fais suivre d'un lavage antiseptique et surtout d'un écouvillonnage : si l'utérus saigne un peu, je fais un tamponnement à la gaze iodoformée.

M. Charpentier. Sans doute, l'écouvillon est un merveilleux instrument ; mais, s'il est insuffisant, j'ai recours au curettage pratiqué avec la curette tranchante. Cette curette n'expose à aucun accident, si l'opération est faite dès l'apparition des premiers symptômes d'infection.

Présentation de pièce. — M. Dujon présente un monstre résultant de l'union de deux fœtus de mouton.

R. Mercier.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré

Paris. — L. Marethieux imprimeur, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la **viande crue**, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent **vaincre** leur **répugnance** pour les aliments, aux **Phtisiques**, aux **Anémiques**, aux **Cancéreux**, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

DRAGÉES ST-ANDRÉ MAYNIEL, Phen BOULOGNE-PARIS

Diathèse urique — 2 à 4 par jour. — GOUTTE, GRAVELLE, Rhumatisme chronique, Colique néphrétique

Une Dragée contient : Carb. lithine 0.06, Benz. lithine 0.05, Salicylithine 0.04, Colchicine 1/10 de milli. Une Dragée saturant 0.50 d'acide urique pt rans former en urate soluble éliminable

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

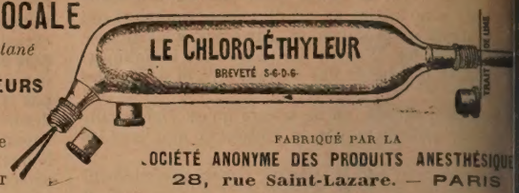
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

"TUBE ANESTHÉSIQUE BOURDALLÉ"

ANESTHÉSIE LOCALE

et soulagement instantané DE TOUTES LES DOULEURS

Mélange d'Oxyde de Méthyle et de Chlorure d'Ethyle **plus actif que** le Chlorure d'Ethyle pur



FABRIQUÉ PAR LA SOCIÉTÉ ANONYME DES PRODUITS ANESTHÉSIQUES
28, rue Saint-Lazare. — PARIS

GLYCERO-PHOSPHATES DE BRUEL

ELIXIR à base de GLYCÉROPHOSPHATES de SOUDE, de CHAUX et de MAGNÉSIE
Associés à l'ELIXIR de STOUGHTON et au SULFATE de STRYCHNINE.

SIROP à base de GLYCÉROPHOSPHATES de CHAUX et de MAGNÉSIE
Indispensable à la Thérapeutique infantile.

GRANULÉ de GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX neutre et entièrement assimilable.

SOLUTION Injectable de GLYCÉROPHOSPHATE de Soude
Maladies de la Moelle. — Cachexies rebelles. — Aliénation mentale.

PHARMACIE BRUEL, à BÉCON-les-BRUYÈRES (Seine)
Et dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES*

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCES

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE

LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S.G.D.G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

Vente en Gros : MM. J. HAYEM et Cie, *Paris*; A. GRANDJEAN et Cie, *Reims*; BLIN et BLIN, *Elbeuf*, seuls Concessionnaires.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.